

Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva

Franco Baldoni

In: Crocetti G., Zarri A. (a cura di): *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino*. Pendragon, Bologna, 2008, pp. 137-159.

1. Una relazione pericolosa

L'argomento che intendo affrontare è legato a problematiche che vengono da lontano e risalgono agli albori della psicoanalisi. Vorrei prima introdurre un antefatto che permetta di chiarire meglio il discorso.

Nel settembre del 1932 lo psicoanalista ungherese Sándor Ferenczi, oggi considerato da molti il più importante della sua generazione, quella immediatamente successiva e in parte contemporanea a Freud, presentò al XII° Congresso Internazionale della Associazione Psicoanalitica, che si tenne a Wiesbaden, una relazione dal titolo poco comune per un testo scientifico: "Confusione delle lingue tra adulti e bambini (Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione)".¹

Da tempo le opinioni di Ferenczi riguardo alla tecnica terapeutica sollevavano un certo stupore e anche irritazione nell'ambiente psicoanalitico. L'ostilità nei suoi confronti era evidente nonostante fosse considerato il più importante tra gli amici di Freud, l'allievo con il quale aveva avuto i rapporti più stretti, il più amato e forse quello dal quale è stato amato più sinceramente. Il fondatore, assieme allo stesso Freud, della Associazione Internazionale di Psicoanalisi, della quale, però, non fu mai presidente. Negli ultimi anni, però, il rapporto tra i due amici era diventato difficile, in quanto il lavoro clinico e di ricerca di Ferenczi lo avevano spinto a tentare nuove strade terapeutiche (come la tecnica "attiva", volta ad abbreviare il periodo di cura) e a sviluppare idee che erano state accolte con diffidenza dal maestro. In particolare Freud aveva avuto notizia che, in occasione del convegno, Ferenczi intendeva affrontare argomenti, come quello dei traumi sessuali infantili, che avevano caratterizzato le prime ipotesi teoriche di Freud, ora abbandonate, e che preferiva fossero evitati. Nonostante questo, quattro giorni prima del congresso, al quale Freud non avrebbe potuto partecipare perché troppo malato, Ferenczi si sentì in dovere di andare da Budapest a Vienna, in Berggasse 19, a casa del proprio maestro, per leggergli in anteprima la relazione e avere un suo giudizio (Jones, 1953, vol. 3; Fromm, 1959; Masson, 1984; Gay, 1988; Antonelli, 1997). La tensione era alta. Ferenczi entrò nello studio di Freud e, senza salutarlo, in piedi, gli chiese di leggere la relazione, senza peraltro provocare in lui una particolare reazione se non il consiglio di rinunciare a pubblicarla sotto forma di articolo. Nella stanza in quel momento era presente anche Abraham A. Brill, un personaggio molto influente e conservatore (era contrario a permettere ai non medici di diventare psicoanalisti) che era considerato il rappresentante ufficiale della Associazione Psicoanalitica Americana, ma nei cui confronti Ferenczi e Freud non nutrivano alcuna simpatia. Era stato Freud a insistere che Brill fosse presente, forse per dimostrare al collega americano una certa difesa dell'ortodossia. Quando Ferenczi se ne andò, offeso per l'atteggiamento distaccato del proprio maestro, Brill chiese a Freud come aveva potuto accettare che quella relazione venisse presentata al congresso di psicoanalisi. Per giustificarsi Freud raccontò una storiella Yiddish. Un vecchio ebreo promise ad un barone polacco che in tre anni avrebbe insegnato

¹ Questo è il titolo dell'articolo pubblicato in lingua tedesca e in inglese. Il titolo originale della relazione era: *Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluss auf Character – und Sexualentwicklung der Kinder* (Passioni degli adulti e loro influenza sullo sviluppo del carattere e sullo sviluppo sessuale dei bambini).

al suo cane a parlare. A un amico intimo che, stupito per questa proposta, chiedeva come mai avesse promesso una cosa chiaramente impossibile, il vecchio rispose: << Perché no, dopo tutto nel giro di tre anni morirà il barone o il cane o io!>> (Lettera non pubblicata di Brill a Jones del 6 Giugno 1933, cit. in Masson, 1984).

Questo dimostra che Freud frenò la propria reazione di intolleranza nei confronti delle idee di Ferenczi per l'amicizia e l'affetto che nutriva nei suoi confronti, ma anche considerando amaramente che, in conseguenza dei noti problemi di salute dell'amico (che soffriva di anemia perniciosa) e della propria età avanzata, di lì a qualche anno nessuno se ne sarebbe più occupato. In questo si sbagliò.

Quattro giorni dopo, il 4 settembre 1932, Ferenczi presentò al congresso di Wiesbaden la propria relazione, che venne accolta con un freddo e silenzioso disappunto. Morì il 24 Maggio dell'anno successivo, isolato e amareggiato per l'ostilità manifestata nei suoi confronti. Il testo della relazione fu pubblicato nel 1933 in tedesco poi tradotto in inglese, ma non venne pubblicato sull'*International Journal of Psycho-Analysis* (le bozze di stampa vennero distrutte) per l'ostruzionismo dell'ambiente vicino a Freud, particolarmente da parte di Max Eitington (allora presidente della Associazione Psicoanalitica), di Ernest Jones, di Joan Rivière e di Anna Freud. La censura venne giustificata sostenendo un presunto decadimento mentale di Ferenczi, come testimonia una lettera di Jones a Freud del 3 giugno 1933 in cui riferisce le opinioni di Joan Rivière (cit. in Mancini, 1985):

“Le opinioni scientifiche e le affermazioni contenute in tale relazione circa la pratica analitica non sono altro che una trama di deliri, che possono solo screditare la psicoanalisi e deporre in favore dei suoi oppositori”

Questa opinione era condivisa da Freud. In realtà, dalla analisi degli ultimi scritti e dalle testimonianze di coloro che gli furono vicini, come l'amico ed allievo Michael Balint, sappiamo che lo stato mentale di Ferenczi, nonostante la grave forma di anemia di cui soffriva, rimase inalterato sino alla fine. In ogni caso il testo fu di nuovo tradotto e pubblicato sulla rivista solo 17 anni dopo (Ferenczi, 1949), grazie all'interessamento dello stesso Balint. Le riflessioni, gli appunti delle sedute di analisi e il resoconto delle esperienze terapeutiche che sono alla base della relazione erano state raccolte da Ferenczi in un “Diario Clinico” tenuto tra luglio e l'ottobre del 1932, anch'esso censurato a lungo e pubblicato solo 53 anni più tardi (Ferenczi, 1985).

Le idee espresse da Ferenczi nella sua relazione anticipano i concetti chiave della psicoanalisi della seconda metà del 900: l'importanza della sincerità dello psicoterapeuta, il valore delle sue emozioni e l'utilizzo del controtransfert come strumento di analisi, lo studio delle difese psichiche attivate nei confronti dei traumi (identificazione con l'aggressore, identificazione proiettiva) e, soprattutto, la rivalutazione dell'influenza della realtà esterna sulla formazione del carattere e sullo sviluppo dei disturbi psichici.

2. Il linguaggio della tenerezza e quello della passione

Come tutti sanno, Freud inizialmente diede grande valore agli eventi traumatici della realtà esterna quando, negli “Studi sull'isteria” scritti assieme a Josef Breuer (Breuer, Freud, 1892-95), formulò la cosiddetta “teoria della seduzione”, in base alla quale sosteneva che i sintomi dei pazienti isterici fossero la conseguenza di abusi ed esperienze traumatiche di natura sessuale, quasi sempre sperimentati all'interno della famiglia. Successivamente questa idea fu abbandonata e in alcuni casi anche esplicitamente rifiutata. Su questo argomento Freud prese posizione non tanto negli scritti ufficiali, ma nella corrispondenza con altri analisti (Masson, 1984). Dopo la sua scelta di abbandonare la teoria della seduzione, che per certi aspetti era probabilmente troppo radicale e semplicistica, la psicoanalisi spostò il proprio interesse sullo studio delle dinamiche intrapsichiche

trascurando e dimenticandosi delle caratteristiche reali degli eventi e dell'importanza dell'ambiente nello sviluppo della psiche. Per questo, anche quando negli anni successivi venne sviluppata la teoria delle relazioni oggettuali, da parte di Melanie Klein e di altri, nonostante si parli appunto di "relazioni oggettuali", si fa riferimento a fantasie inconscie piuttosto che relazioni con individui e situazioni reali.

Successivamente a Ferenczi, il cui pensiero fu censurato e sottovalutato per anni, gli analisti che hanno maggiormente contribuito a rivalutare l'importanza della realtà esterna sono stati Donald Winnicott, con il concetto di ambiente sufficientemente buono, e John Bowlby, con lo sviluppo della teoria dell'attaccamento. Solo dopo la metà del novecento, quindi, il comportamento reale del genitore e la sua influenza sullo sviluppo psicologico del figlio sono stati di nuovo presi seriamente in considerazione.

In "Confusione delle lingue tra adulti e bambini" vengono affrontati argomenti che, come abbiamo visto, hanno irritato notevolmente gli psicoanalisti di allora. Oltre a rivalutare l'importanza traumatica della realtà esterna, e quindi ricollegarsi alle prime ipotesi formulate da Freud, Ferenczi, attraverso una riflessione teorica basata sulle proprie esperienze cliniche, esamina in una nuova prospettiva lo stesso complesso di Edipo. Questo concetto era molto caro a Freud, il quale, durante la propria autoanalisi, aveva scoperto le fantasie, i desideri, i rancori e le angosce da lui stesso sperimentate nei confronti dei propri genitori. La tematica edipica fu per lui molto importante, e probabilmente, una delle ragioni principali che lo portarono ad abbandonare la teoria della seduzione, in quanto per lui fu certamente più accettabile ritenere questi aspetti normali e comuni a tutti gli individui, piuttosto che indagare sulle specifiche difficoltà della propria infanzia (considerando, ad esempio, che la giovane madre aveva sposato un uomo di 20 anni più anziano, che aveva per Freud l'età di un nonno).

In "Confusione delle lingue" la tematica viene affrontata in modo innovativo considerando non solo le fantasie ed il comportamento del bambino nei confronti del genitore, ma anche quelli del genitore nei confronti del figlio, valutando le conseguenze che l'atteggiamento dell'adulto ha sullo sviluppo del complesso di Edipo e sulla sua elaborazione. Il conflitto e le angosce edipiche possono infatti intensificarsi in seguito al comportamento seduttivo del genitore, in particolare quando questi fraintende le richieste affettive del proprio figlio.

Parlando della relazione tra adulti e figli, Ferenczi distingue un "linguaggio della tenerezza" e un "linguaggio della passione". Nei bambini tracce di amore oggettuale si manifestano solo come richieste di tenerezza. Possono manifestare nei confronti di un genitore atteggiamenti che ricordano la sessualità adulta, ma fondamentalmente sono espressione dei loro bisogni infantili. Anche quando imitano il comportamento della madre o del padre, i figli cercano dagli adulti affetto, conforto, sicurezza, serenità. Una bambina può provare interesse per la sessualità degli adulti e, indossando un vestito o le scarpe della mamma, rivolgersi al padre dicendo: "Papà ti sposo!", oppure "Mi piacerebbe avere un figlio", ma non è questa la sua vera intenzione. Nella realtà nessun bambino può fare a meno dei propri bisogni di tenerezza e sarebbe disposto a rinunciarvi per una risposta di amore adulto. I bambini giocano a prendere il posto di un genitore, ma solo nella fantasia, nel caso vengano scambiati realmente per adulti possono vivere un'esperienza angosciata e disorientante. Rispondere al comportamento infantile con un atteggiamento psicologico o fisico di amore passionale, cioè confondere il linguaggio della tenerezza per una richiesta di amore adulto, espone il bambino a traumi altrettanto gravi del maltrattamento o della mancanza di affetto. Un figlio, quindi, può rivolgersi al genitore con un linguaggio sessuale che imita quello adulto, ma esprime bisogni di tenerezza e protezione, il genitore, soprattutto se è disturbato, può fraintendere il suo comportamento scambiandolo per una richiesta di amore adulto e lasciarsi andare ad atti sessuali abusanti e traumatici senza valutarne le conseguenze.

In questi casi il bambino, disorientato e spaventato, può reagire alla situazione in modo difensivo sviluppando una "identificazione con l'aggressore" (questo concetto è stato reso famoso nel 1936 da Anna Freud nel libro *"L'Io e i meccanismi di difesa"*, ma è anticipato nel lavoro di Ferenczi, senza che questi sia mai stato citato). Può arrivare a sottomettersi completamente

all'adulto identificarsi nei suoi desideri, introiettandoli assieme al comportamento abusante dell'altro ed agendoli (questa reazione psicologica ricorda il meccanismo di identificazione proiettiva descritto anni dopo da Melanie Klein). L'evento traumatico scompare come realtà esterna e da extrapsichico diviene intrapsichico e inconscio, quindi sottoposto al processo primario. In questo modo viene mantenuta la sensazione di tenerezza che aveva caratterizzato la relazione con il genitore. Viene introiettato anche il senso di colpa dell'altro, per cui il bambino abusato e traumatizzato arriva a sentirsi colpevole al posto dell'aggressore. Da adulto le cose si modificheranno: Anna Freud (1936), parlando delle difese in adolescenza, chiarisce che il meccanismo adulto di identificazione con l'aggressore implica l'identificazione con i desideri e i comportamenti dell'aggressore assieme alla proiezione all'esterno del senso di colpa, per cui chi si identifica con l'aggressore non prova sensi di colpa per quello che fa. Nel bambino, invece, Ferenczi parla di "terrorismo della sofferenza": per mantenere un rapporto tale da ricevere tenerezza e sicurezza è disposto ad assumersi le colpe degli adulti e divenire compiacente nei confronti dei loro desideri. In questo modo viene mantenuta una buona relazione anche se il genitore è disturbato. Identificandosi con l'aggressore, il figlio manifesta a propria volta una confusione di linguaggi che, permanendo nel tempo, lo può portare a divenire egli stesso un adulto perverso o un genitore abusante, come testimoniato da tanta esperienza clinica.

Ferenczi descrive una particolare "scissione" che si manifesta nella personalità del bambino abusato. In parte egli regredisce a uno stato infantile distanziando e dimenticando ciò che è accaduto per mantenere un buon rapporto col genitore (che continua ad essere amato nonostante sia stato origine di sofferenza). Questo aspetto è molto evidente nei bambini che vivono in famiglie problematiche. Nello stesso tempo si verifica una "progressione traumatica", cioè una parte della personalità si sviluppa in modo precoce, acquisendo caratteristiche dell'adulto sul piano emotivo ed intellettuale. Alcuni bambini, inoltre, sviluppano una particolare capacità a riconoscere e assecondare i bisogni degli altri e arrivano ad occuparsene come se fossero degli infermieri o dei terapeuti, prendendosi cura della mamma depressa o del padre ansioso e aggressivo, prevenendo e cercando di lenire il disagio del genitore per potere mantenere una condizione di relativa tranquillità nella quale non si verificano altri traumi. Molti di loro, da adulti, si dedicheranno a una professione di aiuto divenendo psicologi, medici o educatori.

In questo modo Ferenczi anticipa il concetto di Falso Sé (distinto da compiacenza e mancanza di autenticità) (Winnicott, 1949, 1960) e quello di stile di attaccamento distanziante o evitante (di tipo A o Ds) particolarmente nelle configurazioni ad alto indice (A+) descritte nel Modello Dinamico-Maturativo (Crittenden, 1999, 2000), caratterizzate dal distanziamento degli affetti vissuti come negativi o pericolosi per il Sé (rabbia, paura, vulnerabilità) e da una attitudine compulsiva a minimizzare i propri bisogni e ad occuparsi degli altri vedendo le cose dal loro punto di vista. Come vedremo, inoltre, la confusione di linguaggi tra adulti e bambini può essere spiegata nei termini di una carenza di mentalizzazione e di funzione riflessiva.

La psicoanalisi, continua Ferenczi, dopo avere scoperto e approfondito le fantasie ed i desideri del bambino verso i genitori e le angosce che possono derivare da questi, dovrebbe chiedersi quanto incide il comportamento del genitore sul conflitto edipico. Quale influenza svolgono i desideri, le fantasie e le problematiche irrisolte (traumi, lutti, abusi) dell'adulto? Come si sviluppa il complesso di Edipo in un bambino traumatizzato che ha sperimentato un abuso psicologico, fisico o sessuale da parte di un genitore?

Questi aspetti si ripresentano all'interno della relazione terapeutica. Ferenczi sostiene l'importanza che l'analista difenda la propria autenticità e parla di una frequente "ipocrisia del lavoro professionale". Gli psicoterapeuti sono cordiali con il paziente, assumono un atteggiamento di neutralità, ascoltano pazientemente, invitano alle libere associazioni, promettono interesse e partecipazione, interpretano. Ma quante volte, in realtà, provano noia, stanchezza, disinteresse, irritazione o antipatia? I pazienti colgono quasi sempre in modo empatico il vero stato mentale del loro terapeuta e alcuni sono profondamente feriti da questo atteggiamento poco sincero, se ne lamentano e reagiscono. Ne possono rimanere traumatizzati, in quanto rivivono la stessa esperienza

di falsità e di scarsa considerazione per il proprio stato mentale sperimentata nel rapporto con i propri genitori. L'ipocrisia del terapeuta espone di conseguenza il paziente alla ripetizione di traumi infantili favorendo la regressione e la manifestazione di proteste giustificate.

“Se nella situazione analitica posta in questi termini noi induciamo il paziente a riprodurre anche il trauma, creiamo uno stato di cose insostenibile; non c'è da stupirsi che da ciò non possa nascere niente di diverso e di meglio che la riproduzione del trauma originario. Se viceversa diamo libero adito alla critica, se siamo capaci di riconoscere i nostri errori e di non commetterli più, otteniamo la fiducia del paziente. *Questa fiducia è quel certo non so che, grazie a cui si delinea il contrasto tra il presente e l'intollerabile passato traumatogeno*, il contrasto indispensabile, dunque, perché il passato possa essere rivissuto, anziché come riproduzione allucinatoria, come ricordo oggettivo” (Ferenczi, 1949).

Un bravo analista dovrebbe, quindi, essere in grado di riconoscere i limiti del proprio comportamento e riflettere sui propri stati emotivi per arrivare a comunicarli al paziente difendendo il più possibile la propria autenticità. Diventa quasi vantaggioso commettere ogni tanto degli errori, per poterli riconoscere apertamente e influenzare positivamente la relazione con il paziente conquistando la sua fiducia. Da questo punto di vista si anticipa il pensiero di Winnicott: apprendere dai propri sbagli e considerarne gli effetti all'interno della relazione clinica.

3. Funzione riflessiva e trauma

In generale possiamo dire che i genitori che ignorano o fraintendono i bisogni dei loro figli li espongono ad esperienze di natura traumatica influenzandone lo sviluppo psicologico e favorendo la manifestazione di successivi disturbi psicologici, comportamentali e fisici.

Cercherò di mettere in relazione le idee esposte da Ferenczi con il concetto più recente di funzione riflessiva sviluppato da Peter Fonagy e Mary Target (Fonagy et al. 1991; Fonagy, Target 2001). Come vedremo, coloro che hanno sperimentato queste carenze nel rapporto con i propri genitori manifestano una specifica difficoltà a pensare a sé e agli altri in termini di stati mentali, manifestano problemi nell'espressione e nel controllo delle emozioni e risultano più vulnerabili alle esperienze traumatiche. Inoltre molti comportamenti aggressivi sono interpretabili come reazioni adattive a situazioni passate in cui sono state sperimentate profonde carenze di funzione riflessiva.

Il termine “funzione riflessiva” si riferisce alla capacità di interpretare il proprio comportamento e quello altrui in termini di ipotetici stati mentali, cioè in relazione a pensieri, affetti, desideri, bisogni e intenzioni. Il costrutto rappresenta l'operazionalizzazione a scopo di ricerca del concetto di “mentalizzazione” (Fonagy et al. 2002; Fonagy, Target 2003), con il quale si indica la capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui e di comprendere il comportamento interpersonale in termini psicologici. Dal punto di vista pratico i due concetti possono essere considerati sinonimi. Queste facoltà si acquisiscono nell'ambito delle prime relazioni di attaccamento e sono fondamentali per l'organizzazione del Sé e la regolazione delle emozioni. Esse comportano una componente sia autoriflessiva (relativa alle rappresentazioni del Sé) che interpersonale (legata alla rappresentazione degli altri).

Le capacità riflessive sono state studiate soprattutto come caratteristiche individuali. Peter Fonagy (Fonagy et al. 1997a, 1998) ha sviluppato una procedura nota come *Scala della funzione riflessiva* (*Reflective-Functioning Scale*) basata sull'analisi della trascrizione della *Adult Attachment Interview* (AAI) un'intervista semistruutturata per la valutazione dell'attaccamento (George, Kaplan, Main, 1986). In psicoterapia individuale queste capacità possono essere valutate tramite la *Scala di Valutazione della Metacognizione* (S.Va.M.) (Carcione et al., 1997) che fornisce un profilo della capacità di mentalizzazione del soggetto nelle sue diverse dimensioni: autoriflessività (capacità di rappresentare eventi mentali propri), comprensione della mente altrui, decentramento (attribuire

all'altro un'attività mentale indipendente dalla propria), integrazione (riconoscere i nessi tra i vari processi mentali propri ed altrui), mastery (capacità di rappresentare gli stati mentali in termini di problemi da risolvere ed elaborare strategie adeguate alla loro soluzione).

Nonostante sia stata studiata principalmente in una prospettiva psicoanalitica e cognitivista, particolarmente all'interno della cornice teorica dell'attaccamento, la funzione riflessiva può essere considerata un concetto sistemico, in quanto implica una chiara componente interpersonale (decentramento, comprensione della mente dell'altro, rispecchiamento affettivo), fa riferimento al concetto cibernetico di feedback (positivo e negativo) e si riferisce a stati mentali, comportamenti e facoltà che si sviluppano e si evidenziano all'interno di una relazione come risposta all'altro. Questa funzione è quindi l'espressione di una relazione all'interno di un sistema (legame di attaccamento, coppia, famiglia, psicoterapia) (Baldoni, 2007). La funzione riflessiva può essere perciò studiata non solo come caratteristica di un singolo individuo, ma anche come la manifestazione di un sistema di relazioni. Le capacità riflessive manifestate da una famiglia sono importanti per il mantenimento del benessere, la soluzione dei conflitti e la capacità di adattamento, mentre la loro carenza può essere considerata un fattore prognostico negativo per le difficoltà relazionali e i disturbi psicologici, comportamentali e somatici manifestati dai componenti del nucleo familiare nel corso della loro vita. In psicoterapia le affermazioni riflessive della famiglia costituiscono un indice della disponibilità a sviluppare un'alleanza terapeutica, a elaborare i problemi e ad affrontare i cambiamenti. Una procedura che valuta le capacità riflessive manifestate in psicoterapia familiare o di coppia è la *Reflective Function in the Family* (RFF) (Baldoni, 2007) che si avvale della analisi della comunicazione verbale come risulta dalla registrazione audiovisiva della seduta.

La carenza della funzione riflessiva sembra legata al fallimento della funzione riflessiva genitoriale e alla disfunzione del sistema relazionale familiare (Vedi Fig. 1). Le ricerche hanno dimostrato che queste condizioni sono correlate allo sviluppo di un attaccamento insicuro (distanziante o preoccupato), a una minore capacità di espressione emotiva e di regolazione e controllo degli affetti (disturbi del comportamento di malattia, scompensi psicosomatici, falso Sé, alessitimia), a patologie psichiche (autismo, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, depressione), a comportamenti antisociali (bullismo, vandalismo, violenza individuale o collettiva, abusi di tipo sessuale) e alla maggiore vulnerabilità ai traumi (Fonagy et al., 1997b; Fonagy, Target, 2001; Baldoni, Trombini, 2005; Baldoni, 2005).

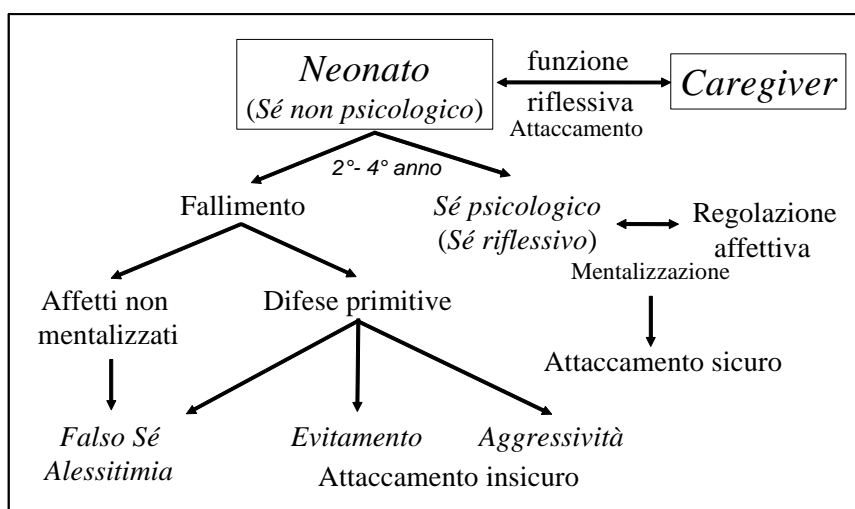


Fig. 1 – Funzione riflessiva e sviluppo

La carenza di funzione riflessiva comporta non solo lo sviluppo di un attaccamento insicuro, ma anche una minore mentalizzazione e regolazione degli stati affettivi, in quanto le percezioni somatiche non sono sottoposte ad una elaborazione simbolica adeguata e non assumono, quindi, un significato psicologico. Si manifesta una separazione intellettualizzata dell'attività psichica dalle esperienze corporee simile a quella descritta da Donald Winnicott con il termine di Falso Sé (Winnicott, 1949) e un carente riconoscimento ed espressione delle emozioni di tipo alessitimico (Nemiah, Sifneos, 1970). Ne consegue la tendenza a manifestare alterazioni del comportamento di malattia quali lamentele somatiche, preoccupazioni ipocondriache e disturbi medici funzionali.

Le capacità riflessive si rivelano particolarmente importanti quando si è esposti a situazioni sfavorevoli come maltrattamenti, violenze o abusi e la loro carenza rende vulnerabili alle esperienze traumatiche. Un'adeguata mentalizzazione, infatti, oltre a favorire una manifestazione adeguata delle proprie emozioni, permette di considerare il comportamento altrui come espressione di uno stato mentale specifico (un momento di rabbia, un fraintendimento). In questo modo un atteggiamento di rifiuto o un atto di violenza non portano necessariamente a una visione negativa del Sé o della relazione con l'altro. Un bambino, ad esempio, può riflettere sul comportamento del genitore, inserendolo in un contesto specifico e attribuendo ad esso un significato: "se il papà oggi si è arrabbiato e mi ha punito ingiustamente, non vuol dire necessariamente che io sia cattivo o che lui sia insensibile o non mi voglia bene, può essere stanco oppure preoccupato. In altri momenti è amorevole e protettivo". Questo protegge il bambino dall'incoerenza del genitore e permette un'elaborazione adeguata dell'esperienza rendendola non traumatica.

In una condizione di fallimento riflessivo e di confusione delle lingue (da parte sia dei genitori che dei loro figli) un episodio di maltrattamento oppure di abuso (psicologico o fisico) non solo si verifica più frequentemente, ma assume un maggiore valore traumatico attivando le difese del bambino (Ferenczi parla di identificazione con l'aggressore, scissione, regressione, progressione traumatica) (vedi Fig. 2).

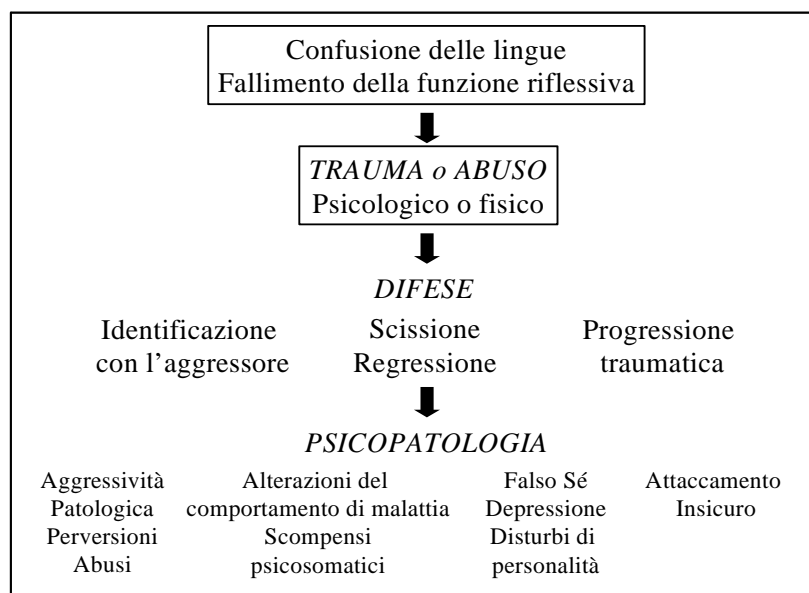


Fig. 2 – Dal trauma alla psicopatologia.

Le conseguenze, sul piano psicopatologico, possono essere lo sviluppo di un attaccamento insicuro (caratterizzato da traumi non elaborati) e di disturbi mentali, oltre che la perversione e la manifestazione di comportamenti aggressivi e di abuso conseguenti alla fissazione a stadi psicosessuali infantili, alla confusione rispetto al significato delle proprie pulsioni e all'identificazione con l'aggressore.

La mancata elaborazione degli affetti, inoltre, favorisce, come si è detto, uno scompenso psicosomatico e un'alterazione del comportamento di malattia. Ricerche condotte negli ultimi 20 anni hanno evidenziato che le persone che hanno subito recentemente o durante l'infanzia abusi sessuali e fisici tendono a manifestare, oltre che gravi disturbi emotivi (depressione, disturbi di personalità, alterazioni del comportamento alimentare, disturbi dissociativi), anche sintomi fisici, in particolare neurologici (cefalea), muscoloscheletrici (sindrome fibromialgica), urogenitali (dolore nel rapporto sessuale, sindrome uretrale) e soprattutto gastrointestinali (dispepsia idiopatica, sindrome del colon irritabile) (Lechner, Vogel, Garcia-Shelton 1993; Drossmann, Talley, Laserman 1995). Oltre un terzo dei pazienti che richiedono una visita gastroenterologica, infatti, è stato vittima di abusi sessuali o fisici (Talley et al. 1993; Scarinci et al. 1994). Queste persone, più frequentemente donne, soffrono particolarmente di disturbi funzionali urogenitali e del tratto gastrointestinale inferiore (colon, retto e ano) la cui intensità sembra essere correlata alla gravità ed alla durata degli abusi (Baldoni, Trombini, 2005).

4. Fallimento riflessivo e seduzione in psicoterapia

Il concetto di funzione riflessiva risulta particolarmente utile in psicoterapia. In molti casi è fondamentale che il terapeuta, svolgendo una funzione riflessiva, faccia percepire al paziente che sta riflettendo su di lui considerandolo in termini di stati mentali. Nei malati più gravi questo atteggiamento riflessivo è più importante dell'interpretazione. Il paziente, rispecchiandosi nel pensiero del proprio terapeuta, può riconoscere i propri processi mentali raggiungendo un maggiore livello di consapevolezza e sviluppando a propria volta una migliore capacità riflessiva. Il concetto di funzione riflessiva offre quindi una chiave di lettura dei processi psicoterapeutici e apre nuove prospettive nella terapia dei pazienti che manifestano disturbi di strutturazione del sé, aggressività patologica e difficoltà empatiche (pazienti con disturbi di personalità, pazienti antisociali e violenti, soggetti alessitimici) (Holmes 2001; Bateman, Fonagy 2004; Baldoni, 2005).

Abbiamo visto dal lavoro di Ferenczi come un atteggiamento di ipocrisia professionale, falsificando la manifestazione degli stati mentali dello psicoterapeuta, possa fare sentire il paziente disorientato, ignorato o non capito, portandolo a rivivere in modo traumatico le difficoltà sperimentate nel rapporto con i propri genitori.

Un'altra esperienza molto frequente in ambito clinico riguarda le reazioni particolarmente aggressive di alcuni pazienti, soprattutto adolescenti, nei confronti dello psicoterapeuta. Anche questi comportamenti possono essere interpretati come conseguenza di costanti fallimenti della funzione riflessiva genitoriale.

Sappiamo che la carenza di capacità riflessive impedisce l'espressione adeguata della propria aggressività (Baldoni, 2005). Un comportamento aggressivo patologico nei bambini e negli adulti può infatti manifestarsi come conseguenza di un fraintendimento degli stati mentali e di una confusione dei linguaggi. Facciamo un esempio: un bambino diventa esuberante e rumoroso quando i genitori sono arrivati a casa dopo il lavoro e in modo gioioso si rivolge loro ricercando attenzione, facendo rumore o cercando di coinvolgerli in un gioco. Il padre o la madre possono reagire sgridandolo o punendolo, dicendo: "Basta, non ne ho voglia in questo momento, sono stanco". Se la situazione si ripete costantemente, il bambino può arrivare a confondere le proprie richieste di affetto e gli sforzi per essere riconosciuto con i comportamenti aggressivi di tipo distruttivo in quanto entrambi vengono considerati dai genitori sbagliati e cattivi. Questa confusione di bisogni e di linguaggi può manifestarsi anche da adolescente o da adulto. Molti giovani esprimono il proprio bisogno di individuarsi e affermarsi con atti aggressivi e violenti anche estremi.

Di fronte a un comportamento problematico, inoltre, un genitore incapace di riflettere sullo stato mentale del figlio può restituirgli un'immagine estremamente negativa (incapace, stupido, cattivo, pericoloso, malato). Può arrivare a considerarlo anche indemoniato e rivolgersi al guaritore, all'esorcista o al mago prima ancora che allo psicologo. Quando un bambino o un adolescente

avverte che tutte le immagini di Sé restituitegli dagli adulti sono negative sperimenta un dolore lacerante e intollerabile che può indurlo ad evitare e allontanare le persone. Per questo ogni volta che qualcuno cercherà di capirlo, di pensare ai suoi stati mentali, egli proverà a sottrarsi o reagirà in modo aggressivo. Non vorrà riconoscersi nel pensiero degli altri, perché tutte le volte che questo è successo si è sentito cattivo o malato.

Questo spiega il comportamento provocatorio, ostile o anche violento di alcuni pazienti. Lo stesso atteggiamento riflessivo del terapeuta può risultare per loro traumatico e spingerli a comportamenti difensivi di fuga o aggressivi. Molto più frequentemente, però, è la carenza di funzione riflessiva da parte del clinico a risultare problematica. Posso fare alcuni esempi (vedi Tab. 1):

- Interpretazioni inappropriate o troppo precoci
- Utilizzo difensivo della diagnosi
- Prescrizione inadeguata di farmaci
- Controtransfert o transfert agiti dal terapeuta (disinteresse, noia, ostilità, umorismo, seduzione)
- Relazione sessuale o sentimentale con il paziente

Tab. 1 – Esempi di fallimento riflessivo in psicoterapia

1) Le interpretazioni inappropriate o troppo precoci possono essere accettate in modo compiacente dai pazienti (rafforzando un atteggiamento di falso Sé) oppure farli sentire incompresi, rifiutati e anche turbati, pregiudicando la fiducia nel proprio terapeuta. Bisogna ricordare che l'interpretazione è un processo graduale e complesso al quale il paziente deve potere contribuire in modo costruttivo riconoscendosi come protagonista. E' necessario evitare esibizioni narcisistiche delle proprie capacità e attendere il momento opportuno in cui comunicare significati comprensibili e condivisibili.

2) L'utilizzo non adeguato o difensivo della diagnosi. La diagnosi è uno strumento utile per orientarsi sulle scelte terapeutiche e, in taluni casi, per comunicare informazioni cliniche in modo sintetico ai colleghi. Molto frequentemente, però, il clinico formula una diagnosi per evitare l'angoscia dell'incertezza e sentirsi rassicurato nel rapporto con il paziente, ma in questo modo rischia di non riuscire più a cogliere gli aspetti che non rientrano nei criteri diagnostici. A volte sono i pazienti stessi che, per il timore di essere gravemente malati, chiedono insistentemente di definire i loro problemi con un'etichetta: il clinico può temere di apparire poco professionale e assecondare questa richiesta. Bisogna però considerare che, soprattutto in ambito psicologico, comunicare la diagnosi a un paziente significa semplificare i suoi problemi. Nel farlo, inoltre, si utilizza un linguaggio che non è il suo, rafforzando la posizione di potere del clinico, ma facendo sentire l'altro inferiore (questo può suscitare in lui ammirazione, ma anche invidia). Non bisogna temere di riconoscere apertamente che la propria opinione è complessa e non può essere ricondotta a una singola etichetta diagnostica. Nessuno accetterebbe di vedere ridotti i propri problemi a una diagnosi psichiatrica. Meglio spiegare il proprio pensiero al paziente in modo chiaro e comprensibile utilizzando un linguaggio comune ed evitando schematismi teorici e termini specialistici.

3) Lo stesso vale per la prescrizione inopportuna di farmaci. Un aiuto psicofarmacologico può essere necessario, ma, come nel caso della diagnosi, a volte il paziente lo richiede anche quando non ne ha bisogno, perché ha paura di essere gravemente malato e inconsciamente vuole essere rassicurato che lo consideriamo in grado di farcela con le proprie forze. Il terapeuta che collude con le richieste inopportune di diagnosi o di farmaci fraintende i bisogni del proprio paziente e lo espone a un'esperienza traumatica.

4) Una scarsa capacità riflessiva può portare lo psicoterapeuta a non riconoscere sia gli stati emotivi del paziente che i propri, con il rischio di agire il controtransfert o il proprio stesso transfert: disinteresse, noia, ostilità, umorismo fuori luogo, sarcasmo, esibizione di cultura, atteggiamento seduttivo, sono spesso le conseguenze di queste difficoltà e dovrebbero essere considerate attentamente dal clinico.

Un caso particolare riguarda le situazioni in cui si sviluppa una relazione sentimentale o erotica tra clinico e paziente. Molti pazienti manifestano nei confronti dello psicoterapeuta un comportamento seduttivo o sessualmente esplicito, quando in realtà esprimono bisogni di tenerezza infantili (affetto, comprensione, rassicurazione, protezione). Fraintendere le loro richieste può portare ad agire il controtransfert attraverso comportamenti sessuali adulti ed equivale ad esporli nuovamente ai traumi subiti durante l'infanzia. Si verifica quindi una confusione di linguaggio e un fallimento della funzione riflessiva con conseguenze spesso molto gravi. A questo proposito vorrei riportare alcuni brevi esempi tratti dalla mia esperienza clinica.

Una giovane donna, intelligente e di buona cultura, era stata abusata durante l'infanzia dal patrigno dal quale aveva avuto un figlio ancora minorenne. Dopo l'adolescenza aveva manifestato disturbi del comportamento alimentare e gravi difficoltà nelle relazioni sentimentali e nello svolgere il proprio ruolo genitoriale. La figlia, allevata con l'aiuto della nonna materna, aveva sviluppato a propria volta un disturbo anoressico. Alla prima seduta di psicoterapia la paziente si presentò in minigonna, calze a rete e scarpe vistose con il tacco alto. Un abbigliamento che attirava l'attenzione in un modo quasi coercitivo e ricordava quello di una prostituta. Perché un comportamento sessualmente così esplicito in una persona abusata?

Un'altra signora, gravemente depressa e affetta da disturbi funzionali urinari, durante l'analisi mi raccontò di essersi sempre sentita rifiutata dai genitori perché era una femmina. In particolare il padre la riteneva stupida e incapace e le aveva preferito un nipote, che vedeva come successore nella propria attività lavorativa. Poco più che adolescente la paziente divenne l'amante di un amico di famiglia di oltre cinquant'anni. Dopo essersi sposata, in una prima esperienza analitica, ebbe una relazione intima con il proprio terapeuta in seguito alla quale si sentì molto confusa e depressa arrivando a interrompere la cura. Negli anni successivi, però, aveva continuato a rivolgersi alla stessa persona per avere altri incontri amorosi. In realtà con questi uomini, molto più anziani, non ebbe mai rapporti sessuali completi, ma solo di natura orale. Nello stesso tempo aveva manifestato una diminuzione del desiderio sessuale che aveva portato ad interrompere le relazioni intime con il proprio marito. Dopo tre anni di terapia la paziente raccontò che da ragazzina aveva spiato i genitori nella loro camera da letto e di avere visto la madre mentre aveva un rapporto orale con il padre. Mi confessò che in più occasioni aveva fantasticato (temendolo, ma anche desiderandolo) che improvvisamente mi alzassi dalla mia poltrona, la baciassi e la forzassi a un rapporto sessuale.

Un altro esempio: una donna di quasi quarant'anni, sposata con una figlia, soffriva di gravi crisi di angoscia e di rabbia che stavano logorando il proprio rapporto di coppia. Era cresciuta in una famiglia molto problematica. I genitori si erano separati quando aveva 15 anni dopo un lungo periodo di conflitti e litigi. Della propria infanzia ricordava poco, in particolare i rifiuti della madre, che, a suo dire, la considerava diversamente dagli altri due figli. Molto presto, verso i sette anni, si accorse che la madre aveva un'amante e aveva assistito ai loro incontri clandestini. I primi anni dell'adolescenza furono caratterizzati da un inasprimento dei conflitti tra madre e figlia. Dopo la separazione dei genitori la paziente e gli altri fratelli rimasero a vivere con il padre. A poco più di vent'anni conobbe un ragazzo, rimase in cinta e si sposò. La paziente, di una bellezza sfiorita, si presentava in terapia truccata e vestita in modo appariscente e un po' volgare (abiti di colori sgargianti, scarpe con le zeppe, ombelico scoperto). Alle prime sedute avevo notato uno stato ansioso-irritabile e una protrusione dei bulbi oculari (completamente negati dalla paziente) indicativi di una disfunzione tiroidea. Le consigliai una visita specialistica che confermò un ipertiroidismo con esoftalmo. La terapia farmacologica riportò in pochi mesi la produzione di ormoni nella norma. Parallelamente la paziente proseguì la psicoterapia, manifestando molte

difficoltà a parlare di sé, scarsa capacità di insight, pensiero concreto e orientato alla descrizione di aspetti pratici della vita quotidiana, lunghi silenzi, rari riferimenti all'infanzia (caratterizzati da racconti dei rifiuti da parte della madre accompagnati da crisi di pianto). Alle sedute si presentava come "la Sig.ra Rossi" (utilizzando il cognome del marito). Dopo un anno la condizione emotiva migliorò sensibilmente, l'ansia e l'irritabilità erano più contenute (ma ancora presenti), il rapporto con il marito e con la figlia più sereno. A questo punto la paziente, dopo avere saltato varie sedute, interruppe la psicoterapia scomparendo senza spiegazioni. Dopo un paio di anni il marito telefonò per comunicarmi che la moglie era stata ricoverata d'urgenza in un reparto di medicina interna in seguito a una grave sindrome febbrile (oltre i 40 gradi) e uno scompenso metabolico. La paziente era confusa e in uno stato di agitazione psicomotoria. Le sue condizioni si aggravarono al punto che, temendo di morire, la donna implorò il marito di riportarla a casa e gli rivelò un segreto di cui non aveva mai parlato a nessuno: a 16 anni era stata violentata dal padre. Il giorno successivo decise di ricontattarmi per parlarne anche con me. Raccontò di avere vissuto tutti questi anni come se non fosse accaduto nulla, senza mai pensarci e senza parlarne con nessuno. Confessò al marito di averlo tradito molte volte anche con uomini che non le piacevano, perché quando veniva sedotta non riusciva a dire di no e si concedeva agli altri come impotente. Questa disponibilità sessuale compulsava sin da ragazza, quando aveva cominciato a frequentare discoteche e a partecipare a sfilate di moda e concorsi di bellezza. Nei giorni seguenti riprese il trattamento psicoterapeutico e il suo stato di salute migliorò rapidamente.

Infine un ultimo esempio. Una signora ancora giovane, una commercialista che aveva sposato un uomo benestante, soffriva di un grave disturbo di personalità caratterizzato da intense reazioni emotive e infantili (in particolare crisi di rabbia e di gelosia) e frequenti disturbi somatici per i quali gli esami medici non avevano rivelato alcuna alterazione: difficoltà digestive, stanchezza cronica, dolori addominali di natura imprecisata, irregolarità mestruali, diminuzione del desiderio sessuale e calo dell'appetito accompagnato da dimagrimento. Il suo aspetto mi aveva colpito per la studiata eleganza nel vestire e un atteggiamento sofisticato, ma enfatico e poco autentico. Durante l'infanzia era stata coinvolta nei continui litigi tra i genitori, che nonostante non si fossero mai separati, avevano avuto molte relazioni extraconiugali. In particolare il padre, che aveva una predilezione per la paziente quando era bambina, si era confidato con lei delle numerose giovani amanti che aveva frequentato anche in presenza della figlia costringendola ad assistere ad effusioni amorose. Da adolescente la paziente sviluppò un disturbo anoressico accompagnato da crisi bulimiche. A soli 17 anni uscì di casa mantenuta dalla famiglia e presto cominciò a frequentare uomini ricchi e molto più anziani divenendone l'amante. La paziente continuava a rivolgersi ai genitori, ricercandone l'attenzione, ma litigando con loro accusandoli di non averla mai considerata. Questa protesta aveva caratterizzato anche i primi mesi di analisi e si era manifestata nella relazione terapeutica. Durante le sedute protestava continuamente e in modo rabbioso e aggressivo, lamentandosi della falsità del mio comportamento. Mi accusava di essere apparentemente gentile e disponibile, ma in realtà di provare antipatia per lei e di non volerla capire. In realtà le sue critiche, espresse a voce alta, anche urlando, con un linguaggio molto offensivo e volgare, mettevano a dura prova la mia pazienza e mi sottoponevano a un continuo e faticoso lavoro di rielaborazione delle emozioni controtransferiali. A volte, però, la paziente si mostrava vulnerabile e remissiva e sembrava ricercare un contatto fisico molto intimo. In alcune occasioni si era alzata improvvisamente dal lettino e si era avvicinata a me con fare provocatorio e seduttivo chiedendomi di toccare la sua fronte per verificare se aveva la febbre, oppure abbassandosi la gonna e mostrandomi l'addome per dimostrarmi quanto stava male e quanto era dimagrita. Un giorno, dopo alcuni mesi di terapia, prima della seduta si fece trovare nella sala d'aspetto semisdraiata sulla poltrona con la camicia slacciata in modo da fare intravedere il seno nudo.

Negli esempi clinici che ho esposto possono essere riscontrati molti elementi comuni:

- 1) Le pazienti manifestano disturbi sia sul piano psicologico e comportamentale (depressione, angoscia, aggressività patologica, compiacenza compulsiva, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi sessuali) che su quello fisico (alterazioni del comportamento di malattia, disturbi funzionali, disturbi ginecologici, disturbi endocrini, scompensi metabolici);
- 2) presentano difficoltà nell'attribuire un corretto significato ai propri stati mentali e ai propri bisogni e nell'espressione e controllo delle emozioni e degli stati fisiologici. Le stesse difficoltà sono manifestate nella comprensione delle altre persone (carenza di mentalizzazione e di funzione riflessiva);
- 3) esprimono bisogni infantili con un linguaggio seduttivo ed erotizzato adulto, si offrono sessualmente per ricercare affetto e protezione;
- 4) questa confusione di linguaggi e di bisogni è legata ad esperienze infantili non elaborate di rifiuto, trascuratezza e abuso da parte dei genitori.

Come abbiamo visto, tali problemi possono essere ricondotti a difficoltà incontrate nelle relazioni familiari, in particolare all'incapacità dei genitori di tenere conto degli stati mentali e dei bisogni dei loro figli. La stessa confusione di linguaggi può manifestarsi nella relazione clinica. Il comportamento seduttivo dei pazienti può gratificare narcisisticamente il terapeuta (facendolo sentire ammirato e desiderato) e indurlo ad agire comportamenti sessuali approfittando della loro apparente disponibilità. Questo espone i pazienti alla ripetizione delle esperienze traumatiche infantili rendendoli disperati, depressi e senza alcuna possibilità di essere capiti ed aiutati.

Per interpretare adeguatamente e non fraintendere le richieste dei pazienti il clinico deve quindi essere consapevole delle proprie componenti narcisistiche, del proprio transfert e del reale significato delle reazioni controtransferiali, impedendo che vengano agite nella relazione terapeutica. Tale consapevolezza può essere raggiunta solo attraverso un'approfondita esperienza analitica che permetta di riflettere su di sé come paziente.

Bibliografia

1. Antonelli G. (1997): *Il mare di Ferenczi. La storia, il pensiero, la tecnica di un maestro della psicoanalisi*. Di Renzo Editore, Roma.
2. Baldoni F. (2005): "Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento". In: Crocetti G., Galassi D. (a cura di): *Bulli marionette. Bullismi nella cultura del disagio impossibile*. Pendragon, Bologna, pp. 39-67.
3. Baldoni F. (2007): "La Reflective Function in the Family (RFF): una procedura di valutazione della funzione riflessiva in terapia familiare". In: *Atti del Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica della AIP-Associazione Italiana di Psicologia* (Perugia 28-30 Settembre 2007), pp.1-9.
4. Baldoni F., Trombini G. (2005): *La psychosomatique*. Éditions in Press, Paris (Edizione francese a cura di J. Chemouni di: *Psicosomatica: l'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna, 1999).
5. Bateman A., Fonagy P. (2004): *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina, Milano, 2006.
6. Breuer J., Freud S. (1892-95): *Studi sull'isteria*. In: *Opere*. Boringhieri, Torino, 1967, Vol. 1, pp. 161-439.
7. Carcione A., Falcone M., Magnolfi G., Manaresi F. (1997): "La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.)". *Psicoterapia*, 9, pp. 91-107.
8. Crittenden P.M. (1999): *Attaccamento in età adulta*, Milano, Raffaello Cortina.

9. Crittenden P.M. (2000): "A Dynamic-Maturational Approach to continuity and change in pattern of attachment", in P.M. Crittenden, A.H. Claussen (a cura di): *The Organization of attachment relationships. Maturation, culture and context*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 343-357.
10. Drossman, D.A., Talley, N.J., Laserman, J. (1995): "Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations". *Annals of Internal Medicine*, 123, pp. 782-794.
11. Ferenczi S. (1933): "Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft)". *International Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19, pp.5-15. Trad. It: "Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione". In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, a cura di G. Carloni ed E. Molinari, 4 voll., Guaraldi, Rimini, 1972-75, e in: *Opere*, a cura di G. Carloni, Vol. IV (1927-1933), Raffaello Cortina, Milano, 2002, pp.91-100.
12. Ferenczi S. (1949): "Confusion of tongues between adults and the child: the language of tenderness and the language of passion". *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, pp. 225-230.
13. Ferenczi S. (1985): *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*. Raffaello Cortina, Milano, 1988.
14. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002): *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
15. Fonagy P., Steele H., Moran G.S., Steele M., Higgitt A. (1991): "The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment". *Infant Mental Health Journal*, 13, pp. 200-217.
16. Fonagy P., Steele M., Steele H., Target, M. (1997a): *Reflective-Functioning Manual, Version 4.1, for Application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London.
17. Fonagy P., Target M. (2001): *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
18. Fonagy P., Target M. (2003): *Psicopatologia evolutiva. Le tecniche psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
19. Fonagy P., Target M., Steele M., Steele H., Leith T., Levinson A., Kennedy R. (1997b): "Crime and attachment: morality, disruptive behavior, borderline personality, crime, and their relationships to security of attachment". In: Atkinson L., Zuker K.J. (a cura di): *Attachment and psychopathology*. Guildford Press, New York, pp. 223-274.
20. Fonagy P., Target, M., Steele M., Steele H. (1998): *Reflective-Functioning Manual, Version 5., for Application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London.
21. Freud A. (1936): *L'Io e i meccanismi di difesa*. Martinelli-Giunti, Firenze, 1967.
22. Fromm E. (1959): *Sigmund Freud's Mission. An analysis of his personality and influence*. Harper & Row, New York. Trad.it: "La missione di Sigmund Freud. Analisi della sua personalità e della sua influenza". In: *Personalità, libertà, amore. La missione di Sigmund Freud*. Newton Compton, Roma, 1989, pp.97-186.
23. Gay P. (1988): *Freud. Una vita per i nostri tempi*. Bompiani, Milano.
24. George C., Kaplan N., Main M. (1986): *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).
25. Holmes J. (2001): *Psicoterapia per una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
26. Jones E. (1953): *Sigmund Freud: life and work* (3 voll.). Basic Books, New York. Trad. It.: *Vita e opere di Freud*. Il Saggiatore, Milano, 1972.
27. Lechner M., Vogel, M., Garcia-Shelton, L. (1993): "Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse". *Journal of Family Practictioners*, 36, pp. 633-638.
28. Mancia M. (1985): Recensione ad "Assalto alla verità". *Rivista di Psicoanalisi*, XXXI, 1, pp. 131-139.

29. Masson J.M. (1984): *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione*. Mondadori, Milano.
30. Nemiah, J.C., Sifneos, P.E. (1970): "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders". In O.W. Hill (a cura di) *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2, London, Butterworths, pp. 26-34.
31. Scarinci, I.C., Haile, J.M., Bradley, L.A., Richter, J.E. (1994): "Altered pain perception and psychological features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse". *American Journal of Medicine*, 97, pp. 108-118.
32. Talley, N.J., Kramlinger, K.G., Burton, M.C., Colwell, L.J., Zinsmeister, A.R. (1993): "Psychiatric disorders and childhood abuse in the irritable bowel syndrome". *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 5, pp. 647-654.
33. Winnicott D.W. (1949): *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958). Martinelli, Firenze, 1975, pp. 291-304.
34. Winnicott D.W. (1960): *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé*. In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Armando, Roma, 1970, pp. 177-193.